



PHOTO de
l'enfant

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS DES SERVICES PERISCOLAIRES
ACCUEILS PERISCOLAIRES (MATINS SOIRS), RESTAURATION, TAP et
CENTRE DE LOISIRS (MERCREDIS et VACANCES)**

Mairie

Place de la Mairie

Le Bourg

64200 ARCANGUES

Tél : 05.59.43.19.57

loisirs@arcangues.fr

Directrice : Mlle Sallès Charline

Directeur Adjoint : Mr Morineau Julien

**DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE 2016 / 2017**

L'ENFANT :

Nom :Prénom :

Date de naissance et lieu :

Adresse :

.....

.....

Ecole fréquentée :

Nom du médecin traitant :

Son numéro de téléphone :

LA FAMILLE :

	Le Papa	La maman	La tutrice / le tuteur
Nom			
Prénom			
N° portable			
Profession			
Employeur			
N° téléphone employeur			
Adresse <small>(si différente de l'enfant)</small>			
N° téléphone domicile			
Adresse mail			
Situation familiale <small>(célibataire - marié - pacsé - vie maritale - séparé - divorcé - veuf)</small>			
Autorité parentale			
N° Sécurité Sociale			
<u>NUMERO D'ALLOCATAIRE</u>			

Nom assurance extrascolaire :

N° assurance extrascolaire :

Les enfants de la famille : les frères et sœurs :		
Nom	Prénom	Date et lieu de naissance

Je soussigné(e)..... [père – mère – tuteur (1)] :
- déclare avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur, en avoir pris connaissance et m'engage à le respecter,
- informer le / la responsable des services périscolaires de tous les problèmes de santé de mon enfant ou des précautions particulières à prendre,
- et certifie exact tous les renseignements portés sur ce dossier.

Fait à

Le

Signature :

Accueil de loisirs d'Arcangues

Autorisations parentales :

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à participer à toutes les activités sportives et aquatiques organisées par l'accueil de loisirs d'Arcangues.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties dûment encadrées par les animateurs de l'accueil de loisirs d'Arcangues.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à utiliser les transports collectifs (bus, minibus) prévus par l'accueil de loisirs d'Arcangues.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre de l'accueil de loisirs d'Arcangues, sachant que les images ne pourront être utilisées que dans des supports écrits et/ou audiovisuels.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à être transporté et soigné à l'Hôpital de Bayonne, où il recevra les soins d'urgence.

OU autre clinique souhaitée :

Accueil de loisirs d'Arcangues

**Autorisation parentale
donnée à d'autres adultes
pour venir chercher l'enfant à l'accueil de loisirs d'Arcangues :**

Autorise les personnes nommées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs d'Arcangues :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

.....

.....

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :